

Creación de contextos

Trabajo intangible de Enfermería Comunitaria

Carmen de la Cuesta*

Durante un estudio de investigación cualitativa se desveló el trabajo intangible que realiza la enfermera «Health Visitor» (De la Cuesta, 1992) [1]. Este profesional lleva a cabo un trabajo similar al de enfermería comunitaria o de atención primaria. El trabajo intangible se conceptualiza como «creación de contexto» y se refiere a la relación que las enfermeras establecen con los usuarios o clientes del servicio. La creación de contexto es el resultado de implantar una serie de estrategias para hacer los servicios de enfermería aceptables, relevantes y accesibles. Este artículo describirá sus características principales y comentará su importancia en el trabajo de enfermería comunitaria.

RESUMEN

Novedoso artículo que, utilizando métodos de investigación cualitativa, pone de relieve la importancia de entablar relaciones de confianza y de crear los contextos adecuados para que el trabajo de enfermería comunitaria pueda desarrollarse en el seno de la sociedad. La creación de dicho contexto es el resultado de aplicar una serie de estrategias para que los usuarios vivan los servicios de enfermería como importantes, necesarios y, al mismo tiempo, accesibles y fáciles de conseguir. El artículo que presentamos se basa en la comunicación expuesta en el XIII Congreso de la Asociación de Economía de la Salud, celebrado en Granada.

Metodología

El estudio de investigación se llevó a cabo en Inglaterra a lo largo de tres años. Su objetivo era conocer los procesos que subyacen en el ejercicio de la enfermería comunitaria ya que interesaba saber **no** qué hacían las enfermeras ni cuánto, sino **cómo** hacían su trabajo. Entre los diversos métodos de investigación cualitativa se elige el de «*Teoría Fundamentada*» o método de «comparación constante» (Glaser y Strauss 1967; Strauss y Corbin 1990) [2,3].

Los métodos de investigación cualitativa parten de un paradigma distinto a los cuantitativos. Mientras que en la investigación cuantitativa el objetivo principal es verificar y poner a prueba la teoría, en la cualitativa es comprender y aprender la realidad bajo el punto de vista de los participantes y así generar teoría (Field y Morse, 1985) [4]. La investigación cuantitativa se preocupa por el rigor y por replicar los hallazgos; en consecuencia el investigador ha de garantizar que los instrumentos de medida sean válidos y fiables. En la investigación cualitativa resultan fundamentales la veracidad con que el análisis refleja una situación y su *credibilidad*. Por ello el investigador ha de validar continuamente el análisis que va realizando con los datos recogidos (Lincoln y Guba, 1985) [5].

El método de comparación constante trata de generar teoría a partir de datos recogidos en un contexto natural. Uno de sus autores (Strauss, 1987) [6] lo define como una forma de análisis cualitativo cuyos procedimientos básicos son la recogida de datos, la codificación y la reflexión analítica en notas. A través de la codificación se nombran y des-

cubren las categorías; las notas analíticas sirven para unir observaciones, elaborar hipótesis y extraer consecuencias de los datos. Para elaborar la teoría es fundamental que se descubran, construyan y relacionen las categorías; éstas constituyen el elemento conceptual de la teoría y muestran las relaciones entre ella y los datos. Éstos se recogen en base al *muestreo teórico*, es decir, el sistema por el que el investigador decide con base analítica qué datos recoger y dónde encontrarlos; de esta forma la recogida de datos se guía por la teoría emergente (Glaser y Strauss, 1967) [2]. Este método de investigación cualitativa surge como un intento de evitar elaboraciones teóricas muy abstractas. Formó parte del desarrollo que se dio en el análisis cualitativo en los años 70; éste trataba de unir la investigación empírica sin guía teórica y la elaboración teórica sin base empírica proponiendo el fundamento de la teoría en los datos; se le considera una reacción contra las «teorías magnas» y el empirismo extremo (Abercrombie et al, 1988) [7].

Este artículo se basa en un estudio en el que participaron 21 enfermeras «Health Visitors» de un área de salud situada al noroeste de Inglaterra. La recogida de datos se efectuó por medio de 20 entrevistas formales semi-estructuradas (Swanson, 1986) [8] y 41 días de observación participante (Schatzman y Strauss, 1973) [9]. El número de entrevistas formales fue adecuado y se confirma en la bibliografía que indica que de 20 a 50 entrevistas son suficientes para desvelar los temas principales del estudio (Swanson, 1986) [8]. Las entrevistas duraron de 30 a 50 minutos, se grabaron y fueron transcritas en su totalidad por una audiosetaria profesional. Diez de las enfermeras en-

*D.E. Ph.D. Medellín, Colombia.

trevistadas también fueron observadas durante el trabajo de campo. Este periodo de observación se utilizó además para establecer «raport» con los participantes y comentar con más detalle los temas que sobresalieron durante el trabajo de campo.

El trabajo intangible se conceptualiza como «creación de contexto» y se refiere a la relación que las enfermeras establecen con los usuarios o clientes del servicio

Las observaciones se realizaron en domicilios y consultas de enfermería. Se detallaron un total de 198 encuentros entre enfermeras y usuarios; de éstos 121 tuvieron lugar en los domicilios donde las visitas se efectuaron principalmente a niños menores de 5 años, y 77 se llevaron a cabo en las consultas de enfermería. El muestreo teórico (Strauss, 1987) [6] guió la recogida de datos, generó un total de 1.260 páginas que el análisis inicial transformó en 1.900 unidades analíticas. El análisis se inició en los primeros días de trabajo de campo. A través del sistema de codificación y muestreo fueron emergiendo las diferentes categorías del estudio. «Creación de contexto» surgió como la categoría principal alrededor de la que se agruparon las otras. Antes de describirla, este artículo comentará brevemente el contexto de trabajo de la «Health Visitor».

Trasfondo y contexto

La enfermería de salud pública o «health visiting» se origina en el siglo XIX en las ciudades industriales del Reino Unido. Consistía en visitar a las clases trabajadoras en sus domicilios para mejorar la higiene, proteger a las clases medias de las epidemias, e instruir sobre medidas sanitarias; y todo ello como medida de reforma social (Dingwall, 1976) [10]. Desde principios de este siglo se la relaciona con el bienestar infantil y los servicios escolares (RCN 1983) [11]. En la actualidad se ocupa de la prestación de servicios preventivos y de promoción de la salud a las familias. Su área principal de trabajo es el control y seguimiento de los menores de cinco años por medio de la visita domiciliar programada. Mientras que estas enfermeras no tienen derecho legal a entrar en los domicilios, sus gerentes esperan que obtengan regularmente el acceso a los mismos durante cinco años consecutivos. De hecho han de cumplir unos estándares mínimos de visitas a una familia. Éstos van desde una primera visita al nacer el niño hasta que éste cumple los 5 años, edad en la que la atención a su salud se transfiere a los servicios de salud escolar.

Dada la naturaleza de su trabajo, estas enfermeras operan con un modelo de cuidados preventivos donde la colaboración del usuario es esencial. Es decir, cuando se encuentran con los usuarios tienen que persuadirlos de la necesidad de aceptar un servicio prescrito o determinado por las instancias políticas o por políticas sanitarias determinadas. Esto no es privativo de la enfermería comunitaria en Inglaterra. Zola (1977) [12] razona que la prevención primaria significa captar al usuario antes de que la enfermedad se instaure y por ello los médicos no sólo han de conseguir la clientela sino que también, frecuentemente, han de convencerla de tomar medidas cuando no sientan la necesidad de hacerlo. Por otro lado, en diversos informes se indica que al menos el 50% de los pacientes de Europa, América del Norte y Japón no cumplen los tratamientos médicos prescritos (Diario Médico, 1993) [13]; esto refleja la importancia de la colaboración del enfermo en la atención a su salud.

En el presente estudio se demuestra que para lograr la aceptación del servicio, las enfermeras comunitarias usan una serie de tácticas para que sus servicios sean relevantes y accesibles a los usuarios. Éstas son similares a las técnicas de marketing comercial y pretenden presentar los servicios de enfermería como una opción necesaria y fácil de aceptar por el usuario. En el estudio se agruparon estas tácticas en tres estrategias que ya han sido comentadas en otro artículo (De la Cuesta, 1994) [14] y que resumimos brevemente:

- **Promover el servicio.** Se trata de ganar la receptividad del cliente, intentando presentar a la enfermería como un servicio interesante y relevante para sus necesidades. El servicio se promueve por medio de tácticas tales como concienciar al usuario sobre la necesidad del mismo, venderse el profesional a sí mismo y exhibir algún aspecto positivo del servicio.

- **Ajustar la distribución.** Se intenta que utilizar el servicio resulte una opción fácil para el usuario. La estrategia se dirige a incrementar la accesibilidad del mismo; para esto se emplean tácticas como negociar la entrada al domicilio, secuenciar el contenido de la visita, y buscar el mejor momento para intervenir.

- **Confeccionar el contenido.** Esta estrategia, por último, trata de acomodar el contenido al cliente en particular. Se intenta que el servicio sea aceptable y su utilización posible. En esta estrategia se emplean las tácticas de negociación y confección de la agenda junto con actividades extra o «trabajo periférico» (De la Cuesta, 1993) [15].

El proceso que realiza la enfermera para que el servicio ofertado sea aceptable se expresó con claridad durante una de las entrevistas; comentando su práctica una enfermera señaló:

«... me oriento por el cliente, trato y hago que el cliente esté cómodo, y si necesito adaptarme para lograrlo, lo hago». (De la Cuesta, 1992) [1].

Lo apuntado hasta ahora forma parte de uno de los aspectos principales del estudio de investigación. Seguidamente nos centraremos en el impacto de las estrategias descritas.

La relación como elemento de creación del contexto

La puesta en marcha de las estrategias descritas contribuye al desarrollo de las relaciones entre la enfermera y los clientes. La importancia de establecer relaciones con los usuarios fue mencionada frecuentemente por los participantes de este estudio, lo que también se ha reflejado en investigaciones anteriores sobre la enfermería comunitaria (De Silva, 1988 [16]; Chalmers, 1990 [17]; Pearson, 1991 [18]). En nuestro estudio, los participantes la describían como un hilo conductor a lo largo de la interacción con los clientes. Además, cuando hablaban de tener una relación con el cliente se referían a ella como a un medio que les permitiría lograr un objetivo. El análisis de los datos mostró que el fin último de desarrollar la relación es *obtener la cooperación del usuario*.

El método de comparación constante trata de generar teoría a partir de datos recogidos en un contexto natural

El estudio demostró que las enfermeras necesitan cierto grado de cooperación del cliente, de lo contrario no pueden realizar su trabajo. Desde el primer momento, cuando conocen al cliente, se requiere su colaboración para entrar en el domicilio y examinar al niño; el trabajo de estas enfermeras depende de la participación de los padres. Este hecho coincide con otro estudio realizado en América del Norte (Olds y Kitzman, 1990) [19] que observó que los programas más efectivos de atención domiciliaria materno infantil eran aquellos donde la enfermera había establecido una «alianza terapéutica» con la familia. La importancia crucial de esta colaboración se expresó durante una de nuestras entrevistas. Una enfermera experimentada, comentando su actuación, señaló:

«No sirve de nada la experiencia que tengas, lo buena que seas *si no construyes esa relación*. Si no trabajas conjuntamente (enfermera y cliente), *estás perdida*. No vale si no tenemos una relación, si no discutimos las cosas abiertamente, si no interactuamos el uno con el otro y tenemos rapport» (Énfasis. De la Cuesta, 1992) [1].

Pero para lograr esta relación de cooperación se ha de haber establecido antes una confianza entre la enfermera y el usuario. Los participantes del estudio enfatizaron la necesidad de instaurar confianza como requisito previo para realizar su trabajo. Una enfermera, durante la entrevista, comentando su trabajo con madres solteras señaló:

«...especialmente cuando acaban de tener un niño, necesitan apoyo maternal... y tienen que saber que estás a su lado, que estarás siempre disponible si ocurre algo, ¿sabes? (pausa). Una vez que *han aprendido a confiar en ti*, ya no se asombran cuando tocas a su puerta. Te invitan a pasar incluso cuando la casa está en desorden, saben que no te va a importar, *entonces es el momento de «comenzar a enchufar»*... (Énfasis. De la Cuesta, 1992) [1].

Esta idea coincide con lo que se expresa en un texto básico de enfermería (Sundeen et al, 1976) [20] donde se resalta la importancia de que la confianza esté presente en la interacción y se afirma que la enfermera ha de ser diestra en promoverla en su relación con los pacientes. Se puede afirmar que cuando las enfermeras comunitarias construyen una relación de confianza con el cliente se han ganado un lugar en la esfera privada. Se las acepta en los domicilios y se permite que intervengan en asuntos privados. Los datos recogidos durante los encuentros entre enfermeras y clientes muestran que, al principio, la interacción se centra en conocerse uno al otro; en esta situación la conversación social que mantiene la enfermera con el cliente tiene un rol importante. A medida que el proceso avanza la relación toma un carácter claramente profesional; se ha creado un clima que permitirá a la enfermera pedir cierta información o realizar un procedimiento técnico. Durante una entrevista una enfermera destacó este aspecto al comentar que una madre se resistía a aceptar sus servicios:

«...ahora visito a esa madre, al niño nunca le hemos vacunado (risa) *pero ahora me da la bienvenida a la casa, y creo que algún día tendré vacunado al niño*, porque ya no me ve como una amenaza. Porque me he puesto del lado de su valla y he negociado con ella» (Énfasis. De la Cuesta, 1992) [1].

La enfermería de salud pública o «health visiting» se origina en el siglo XIX en las ciudades industriales del Reino Unido

El análisis de los datos indica que la relación provee el contexto de la interacción o, dicho de otra manera, contextualiza el trabajo de la enfermera. Este hecho concuerda con el estudio etnográfico de Diamond (1989) [21] que concluye que *el trabajo no es una serie de tareas sino de relaciones sociales donde las tareas quedan inmersas*. Las enfermeras necesitan actuar en un contexto donde exista cierto grado de confianza, que el usuario sepa que no se derivará daño del encuentro, pero sí beneficios.

La enfermería comunitaria no consiste en que cualquiera distribuya un servicio establecido; parece ser de crucial

ATENCIÓN PRIMARIA

Importancia que los usuarios confían en la enfermera como persona y como profesional. A través de la relación que se establece, el usuario acepta el servicio prestado por una enfermera determinada. Una buena relación con los clientes indicará que han «comprado» el servicio. No obstante el desarrollo de la relación no es una estrategia en sí misma pero, como señalamos anteriormente, es el resultado de poner en marcha una serie de tácticas en las que se va ganando terreno a medida que el tiempo pasa y la relación evoluciona. Estas tácticas se conceptualizan en el estudio como de «marketing».

Estas enfermeras operan con un modelo de cuidados preventivos donde la colaboración del usuario es esencial

El análisis de los datos sugiere que la interacción entre la enfermera y el usuario atraviesa tres contextos diferentes: 1) el disociado, 2) el convergente, y 3) el compartido. En un primer momento la interacción entre la enfermera y el cliente tiene lugar en un contexto que se identifica como *disociado*; aquí las agendas o intereses están sepa-

rados o incluso pueden ser distintos. Durante una entrevista una enfermera reflejó esto cuando relató:

«... puedo ir a una casa, puede que vaya y, obviamente, me están esperando. ¿Sabes? Tratar de que acuda a la consulta para inmunizaciones, puede ser por cualquier cosa, pero cuando llego puede que encuentre a la madre deprimida, que es infeliz, que la relación entre ella y su compañero... ¿sabes? hay problemas maritales o cualquier otra cosa. *Entonces obviamente las otras cosas por las que iba, lo primero en primer lugar pasa a un segundo término*, porque tengo que responder a sus necesidades en ese momento». (Énfasis. De la Cuesta, 1992) [1].

Esta cita también indica que la enfermera actúa para crear un contexto común con el cliente. El estudio observó que cuando la enfermera emplea tácticas que promueven el servicio tales como mostrar interés o preocupación por el cliente, o ajustarse ella misma, la relación progresa hacia otro contexto: el *convergente*. En este contexto, tácticas tales como negociar la entrada al domicilio y encontrar el mejor momento para intervenir, hacen que la agenda profesional encaje en el ámbito del cliente. Durante una entrevista una enfermera comenta cómo usar la táctica de elegir el mejor momento:

«Por ejemplo niños con caries, ... bueno, puedes mencionar que el azúcar destruye sus dientes y puedes mencionar, que a medida que más tiempo esté una cosa en la boca es más probable que los dientes se piquen. Pero *se mencionará en un momento en que la persona esté*

IDER

EL CAMINO HACIA EL M

METODOLOGÍA DE LA IN

AUTOPROGRAMABLE, PERSONALIZADA

MODALIDAD A DISTANCIA

- Introduce importantes novedades pedagógicas en el concepto cuantitativo de la Metodología.
- Aporta un enfoque global, distinto y coherente, de los factores cualitativos, en primer plano mundial de la Investigación en Salud.

El curso empieza cuando **tú** empiezas!

INSCRÍBETE HOY MISMO



más receptiva... es como elegir el momento y apoyarlo, quizás, con un folleto» (Énfasis. De la Cuesta, 1992) 11.

Encontrando el mejor momento de intervenir, como muestra la cita, se contribuye a que el cliente aprecie la relevancia del servicio. Las tácticas para ajustar la distribución del servicio crean un camino para que se vaya construyendo la relación. Éste se conceptualiza como «contexto convergente» ya que los intereses (del profesional y del usuario) comienzan a converger.

Por último, los datos indican que la relación entre la enfermera y el cliente progresa a un contexto compartido donde se ha logrado cierto grado de cooperación gracias al empleo de la estrategia de confección del servicio. La enfermera adapta el contenido de su servicio a la situación del usuario para tener un territorio en común y lograr la relación de colaboración. Durante las entrevistas una enfermera ilustró cómo trata de lograr la cooperación del usuario utilizando tácticas de negociación:

«Le dije (al cliente) "Mira Ivy, obviamente esta vacunación te ha causado mucha irritación. No te gusta que venga porque piensas que voy a empezar con lo de las agujas". Entonces dijo: "Bueno, parece que eso es de lo único que hablas". Entonces dije: "De acuerdo si te prometo que nunca te mencionaré las vacunas, ¿crees que nos llevaremos mejor? ¿Crees que cuando llegue el bebé podré visitarte?...". (Énfasis. De la Cuesta, 1992) 11.

La cita muestra claramente la importancia de «llevarse bien» con el cliente y así tener acceso y poder realizar las actividades preventivas con los niños menores de 5 años.

La prevención primaria significa captar al usuario antes de que la enfermedad se instaure

Una vez más se muestra cómo la relación entre la enfermera y el cliente actúa de contexto que facilitará o inhibirá la realización del trabajo profesional. Efectivamente la categoría «creación de contexto» desvelada durante el estudio, tiene lugar cuando se ponen en marcha las distintas estrategias orientadas a que los clientes acepten, «compre» o consuman el servicio ofertado por los profesionales. La figura 1 muestra la relación entre las estrategias y los diferentes contextos. El paso del tiempo y el desarrollo de la confianza entre el usuario y el profesional son dos condiciones que intervienen en la construcción de contextos.

Discusión

¿Cuál es la relevancia del trabajo intangible en la enfermería comunitaria? ¿Es importante o sólo accesorio? Es un trabajo fundamental para que el servicio tenga lugar como tal. Se ha asegurado que en las ocupaciones de *servicio humano* (salud, educación) el producto es una forma de inter-

MASTER SIGUE SU CURSO



INVESTIGACIÓN EN SALUD

ANALIZADO Y PARTICIPATIVO

- Curso desarrollado y dirigido por el profesor Alberto Vasco Uribe, Médico, Sociólogo, Salubrista e Investigador.

Diseñado en 12 unidades pedagógicas modulares (más el material de apoyo correspondiente), para una duración de 260 horas (equivalentes a 26 créditos). La duración en el calendario es **programable** por cada participante.

El curso establece una relación **personal** entre el participante y el profesor, mediante la correspondencia y la consulta a través del "teléfono rojo".

- Superada la evaluación de todos los módulos se expedirá un Certificado y un Diploma, acreditados por IDER y la **Universidad de Antioquia** Colombia, una de las más destacadas y reconocidas en el área de Salud en América Latina.

- El Certificado y el Diploma, con el requisito del Proyecto de Investigación, equivalen al nivel de Experto Universitario, según la normativa vigente.

Además, con la presentación de un Informe Final de Investigación, con un mínimo de 300 horas (30 créditos) adicionales, el Certificado y el Diploma equivaldrán al nivel de **MASTER** (Magister).

PARA INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES:



IDER, S.L. - Marc Aureli, 8
Tel. (93) 201 37 50 Fax (93) 200 27 62 - 08006 BARCELONA

CONDICIONES ESPECIALES
PARA LA INSCRIPCIÓN DE GRUPOS

Boletín de inscripción al dorso

ATENCIÓN PRIMARIA

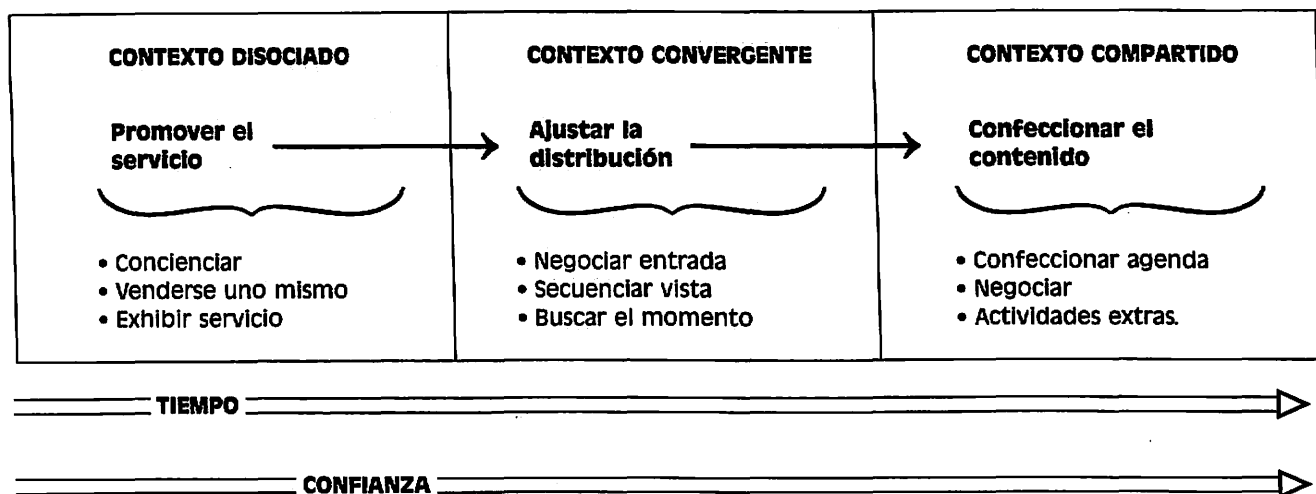


Figura 1. Estrategias, tácticas y creación de contextos.

acción y que nada se produce a no ser que sea también consumido (Stevenson, 1976) [22]. Por ejemplo, si un alumno no desea aprender, educarse, evidentemente, la educación no se da. En una línea similar Stacey (1976) describe al servicio de salud como un proceso de interacción entre los enfermos y los profesionales. Basándonos en esto puede argumentarse que la relación de colaboración entre la enfermera y el cliente es la forma por la que se logra el servicio. A no ser que el cliente quiera «comprar» la enfermería co-

munitaria, ésta no tiene lugar; se puede afirmar que la disposición del usuario a colaborar o aceptar el servicio permite que éste se desarrolle. Esto explica las manifestaciones de diversos autores que aseguran que la enfermería comunitaria es un tipo de relación (Clark, 1985 [25]; De Silva, 1988) [16] y coincide con un estudio reciente (Chalmers, 1990) [17] donde se describe esta enfermería como un proceso de dar y recibir. Aquí claramente se está refiriendo a una relación de colaboración.

Curso de Metodología de la Investigación en Salud • Modalidad a distancia

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

1.º apellido: 2.º apellido: Nombre:
 Fecha de nacimiento: DNI (NIF) n.º:
 Titulación: ☐ ATS-DUE ☐ Licenciado ☐ Otros:
 Domicilio:
 Población: Cód. Postal: Provincia: Tel.
 Puesto de trabajo:
 Dirección del puesto de trabajo: Tel.
 Desea participar en el CURSO DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD • MODALIDAD A DISTANCIA

	<input type="checkbox"/> En un solo pago	<input type="checkbox"/> Pago fraccionado en 3 cuotas
SUSCRIPTORES DE LA REVISTA ROL DE ENFERMERÍA	117.000 Ptas.	1.ª cuota: 67.000 Ptas. (*) 2.ª cuota: 45.000 Ptas. (**) 3.ª cuota: 23.000 Ptas. (***)
NO SUSCRIPTORES	147.000 Ptas.	1.ª cuota: 83.000 Ptas. (*) 2.ª cuota: 57.000 Ptas. (**) 3.ª cuota: 29.000 Ptas. (***)

(*) 1.ª cuota: al efectuar la inscripción. (**) 2.ª cuota: cumplidos los 3 meses de la fecha de inscripción. (***) 3.ª cuota: cumplidos los 6 meses de la fecha de inscripción. **Marque con una ☒ la casilla correspondiente.**

Para el pago de la inscripción,

☐ Adjunto cheque (nominativo a **IDER, S.L.**) n.º Banco/Caja
☐ Adjunto comprobante de transferencia bancaria a **IDER, S.L.**,
 cuenta corriente n.º 1250- 271, del Banco Español de Crédito,
 Urbana Muntaner, Barcelona.

Fecha: Firma:

Adjuntar fotocopia de la titulación académica y enviar a:

IDER, S.L. • MARCO AURELIO, 8 • TEL. (93) 201 37 50 • FAX (93) 200 27 62 • 08006 BARCELONA

La necesidad de construir una relación de colaboración con los usuarios se ha tomado gratuitamente en la enfermería comunitaria; por lo general se asume que los usuarios consumirán, sin más, el servicio. El trabajo implícito de lograr su confianza y colaboración ha pasado desapercibido para los gestores, no se ha documentado en registros, y apenas se ha comentado en la bibliografía profesional. El trabajo de la enfermería comunitaria tiende a evaluarse a través de las tareas y las actividades que desarrollan tales como número de clientes que visitan, número de visitas que se realizan según grupos de edad, número de derivaciones y de actividades de educación sanitaria practicadas. En este sentido se ha apuntado el riesgo que conlleva mostrar el «éxito» de la enfermería comunitaria considerando sólo los factores que pueden ser cuantitativamente evaluados e ignorando otros elementos intangibles en la interacción entre la enfermera y el usuario (Robinson, 1980) [24].

Las enfermeras comunitarias emplean una serie de tácticas para que sus servicios sean relevantes y accesibles a los usuarios. Éstas son similares a las técnicas de marketing comercial y pretenden presentar los servicios de enfermería como una opción necesaria y fácil de aceptar por el usuario

Para finalizar, es importante resaltar que la naturaleza de la enfermería comunitaria, una profesión de servicio humano, hace que la relación sea el factor que une la producción de un servicio y su consumo, y que esta relación se desarrolla creando contexto cuando se utilizan estrategias identificadas en este estudio como de «marketing». Es necesario, por tanto, que se reconozca y valore el rol de las relaciones en la enfermería comunitaria y que además cuando se juzgue su trabajo se tenga en cuenta la labor y esfuerzo que conlleva crearlas. Hablándose desvelando la categoría «creación de contexto» esta investigación tal vez haya contribuido a hacer más visible el trabajo de la enfermería comunitaria.

Agradecimientos

El estudio en que se basa este artículo se financió con becas de la Dirección General de Planificación Sanitaria y del Fondo de Investigaciones de la Seguridad Social del Ministerio de Sanidad y Consumo. La autora agradece a los participantes del estudio su generosidad al concederle su tiempo y compartir su experiencia.

También agradece a Karen Luker la supervisión y el apoyo durante la investigación y a Janice Swanson, Maggie Pearson y Karen Chalmers los valiosos comentarios que hicieron en las distintas fases del análisis.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] De la Cuesta C. Marketing the service: Basic Social Process in Health Visiting. Tesis doctoral sin publicar. Liverpool: Universidad de Liverpool. 1992.
- [2] Glaser BA and Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine Press, 1967.
- [3] Strauss A and Corbin J. Basics of Qualitative Research-Grounded theory procedures and techniques. Newbury Park CA: Sage, 1990.
- [4] Field P, Morse J. Nurs Research: The application of qualitative approaches. Rockville, MD: Aspen, 1985.
- [5] Lincoln IA and Guba EG. Naturalistic Inquiry. Newbury Park CA: Sage, 1985.
- [6] Strauss AL. Qualitative analysis for social scientists. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
- [7] Abercrombie N, Hill S, Turner BS. Dictionary of Sociology. (2ª edición). Harmondsworth: Penguin, 1988.
- [8] Swanson JM. The formal qualitative interview for grounded theory. En: C. Chenitz W & M, Swanson J (eds.). From practice to grounded theory. Menlo Park, CA: Addison-Wesley, 1986: 66-78.
- [9] Schatzman L and Strauss AL. Field Research: Strategies for a natural sociology. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1973.
- [10] Dingwall R. The social organisation of health visitor training. 1 The social theories of health visitors. Nurs Times 1976; 72 (7): 25-28.
- [11] Rcn Health Visitors Advisory Group. Thinking about Health Visiting. London: Rcn, 1983.
- [12] Zola IK. Healthism and Disabling Medicalization. En: Zola IK (Eds.). Disabling professions. London: Marion Boyars, 1977: 41-67.
- [13] Diario Médico. Estudio sobre hábitos occidentales. Diario Médico, 22 octubre 1993.
- [14] De la Cuesta C. Marketing: a process in health visiting. A.J.N. 1994. (En prensa).
- [15] De la Cuesta, C. Fringe work: peripheral work in health visiting. Sociology of Health and Illness 1993; 15 (5): 665-682.
- [16] De Silva PS. Public Health Nurs: Phenomenologic meaning and dialectical theory. Tesis doctoral sin publicar, Austin: Universidad de Texas, 1988.
- [17] Chalmers KI. Preventative work with families in the community: a qualitative study of health visiting practice. Tesis doctoral sin publicar. Manchester: Universidad de Manchester, 1990.
- [18] Pearson P. Client's perceptions: the use of case studies in developing theory. Journal of Advanced Nursing 1991; 16: 521-528.
- [19] Olds DL, Kitzman H. Can Home Visitation Improve the Health of Women and Children at Environmental Risk? Pediatrics 1990; 86 (1), 108-116.
- [20] Sundeen SJ, Stuart GW, Rankin ED, Cohen SP. Nurse-client Interaction: Implementing the nurs process. Saint Louis: C.V. Mosby, 1976.
- [21] Diamond T. Social policy and everyday life in nurs homes: A critical ethnography. En: P. Brown (eds.). Perspectives in Medical Sociology Belmont, CA: Wadsworth Publishing Co., 1989: 490-505.
- [22] Stevenson G. Social relations of Production and Consumption in the Human service Occupations. Monthly Review, 1976; 28 (3): 78-87.
- [23] Stacey M. The health service consumer: a sociological misconception. En: M. Stacey (eds). The sociology of the NHS. Sociological review Monograph 22. Keele: University of Keele, 1976; 194-200.
- [24] Robinson JA. An evaluation of health visiting. Tesis doctoral sin publicar, Keele: Universidad de Keele, 1980.
- [25] Clark J. The Process of Health Visiting. Tesis doctoral sin publicar. London: The Polytechnic of Southbank, 1985.